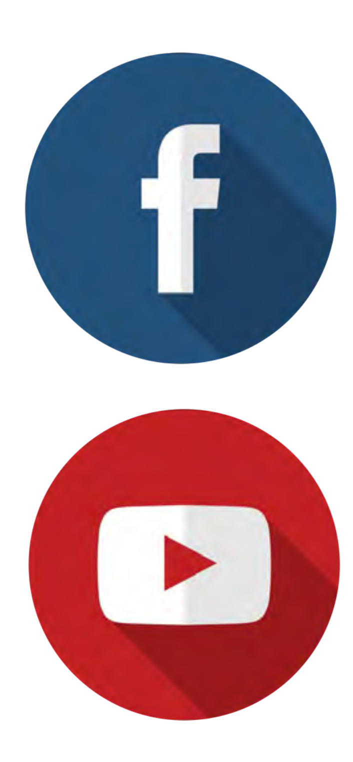
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful







LUXATION ET FRACTURE LUXATION DE LA HANCHE

N. MEZIANI

FACULTE DE MEDECINE D’ALGER

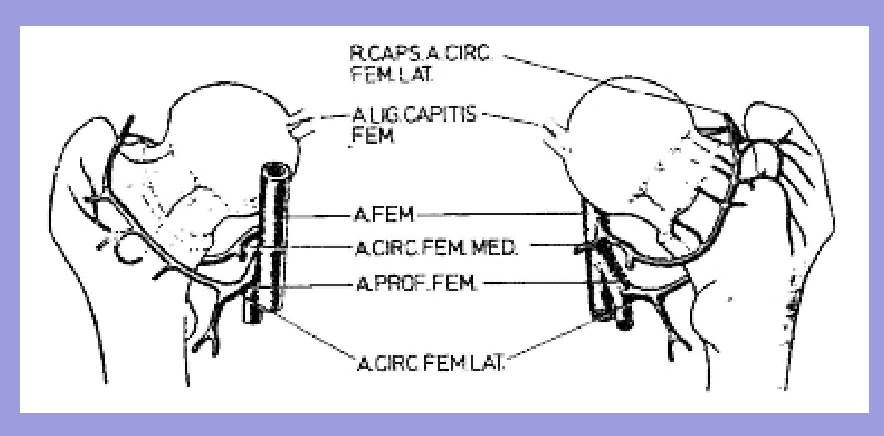
INTRODUCTION

- Les luxations traumatiques de la hanche se voient après un traumatisme d'une *grande violence.*
- La hanche est une *articulation très bien emboîtée* et maintenue solidement par un système capsulo-ligamentaire très resistant.
- La luxation n'est possible que si la hanche est dans une position prédisposante :

  - En flexion pour les luxations postérieures

  - En abduction et rotation externe pour les luxations antérieures.

ANATOMIE VASCULARISATION





ANATOMIE

1. Epine iliaque antéro-supérieure.
2. Tendon direct du Droit Antérieur.

2'. Tendon récurrent du Droit antérieur.

3. Ligament Ilio-Fémoral avec

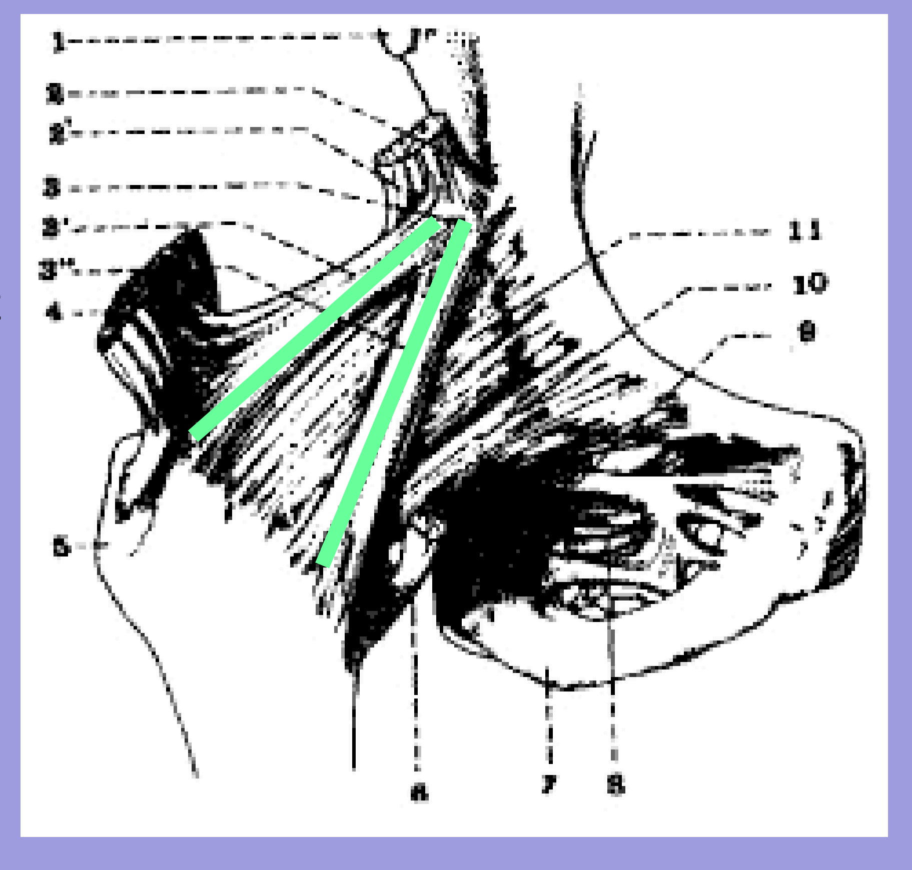
3'. son faisceau ilio-prétrochantérien et

3''. son faisceau ilio-prétrochantérien

4. Petit fessier.
5. Grand trochanter.
6. Tendon du psoas.
7. Ischion.

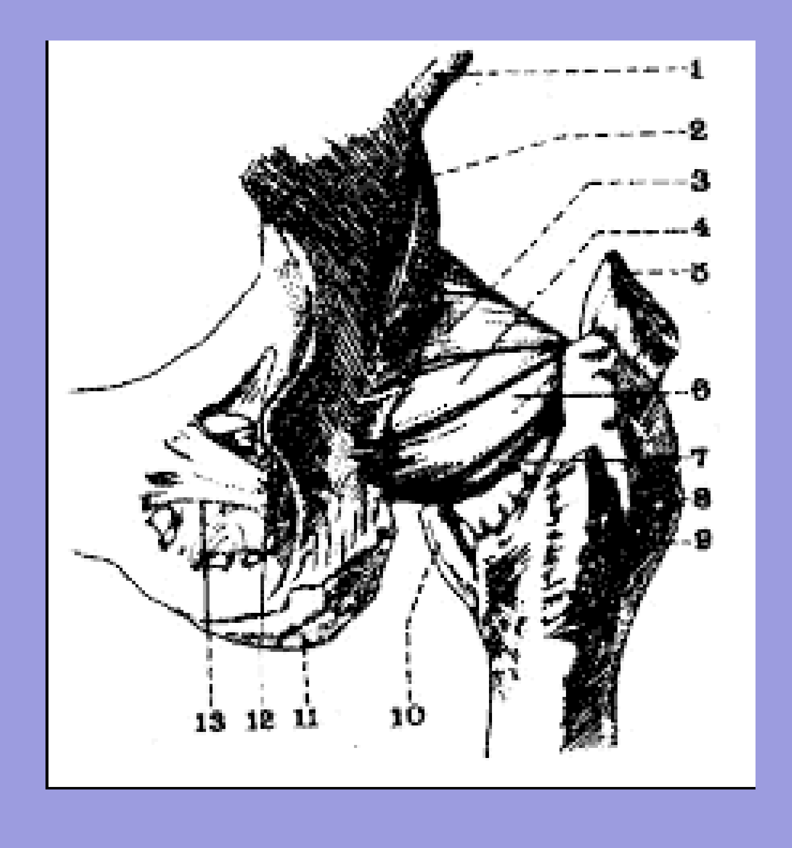
8-9 Membrane obturatrice.

10. Ligament pubo-fémoral
11. Capsule de l'articulation coxo-fémorale.



ANATOMIE

1. Crête iliaque.
2. Tendon réfléchi du droit antérieur.
3. Ligament ischio-fémoral, faisceau ischio-sus-cervical.
4. Ligament ischio-fémoral, faisceau ischio-zonulaire.
5. Moyen fessier
6. Ligament ischio-fémoral faisceau ischio-sous-cervical.
7. Zone orbiculaire.
8. Grand Trochanter.
9. Grand fessier.
10. Tendon du psoas.
11. Ischion.
12. Epine sciatique.

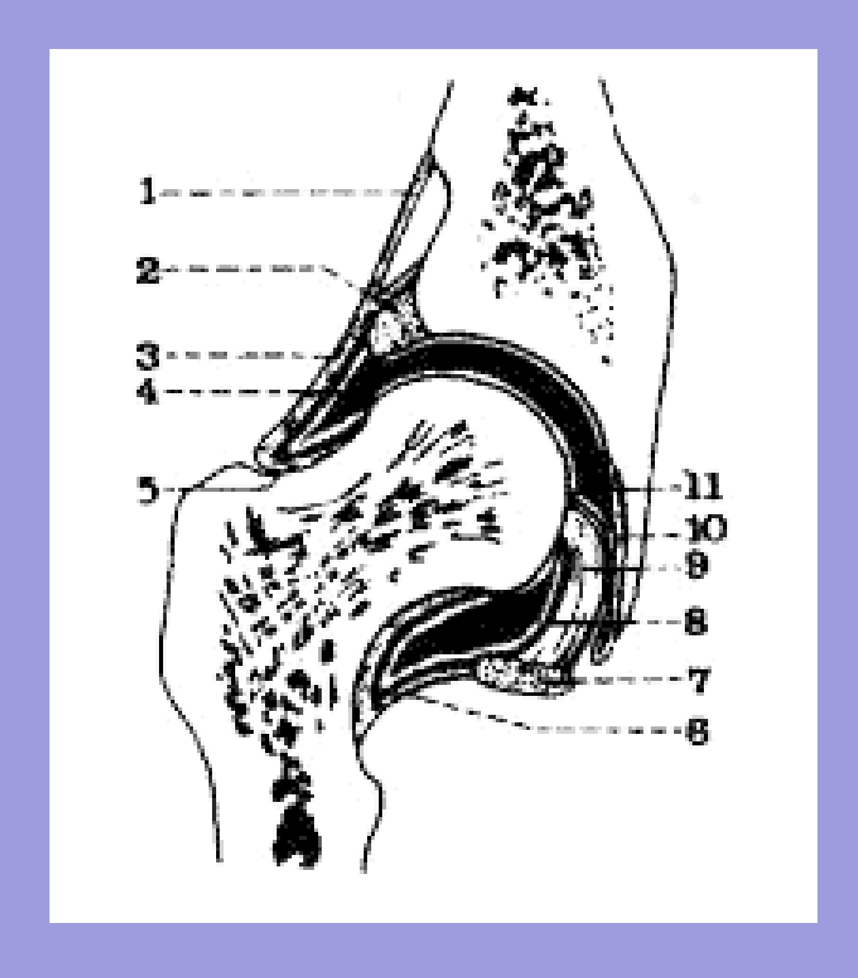


ANATOMIE

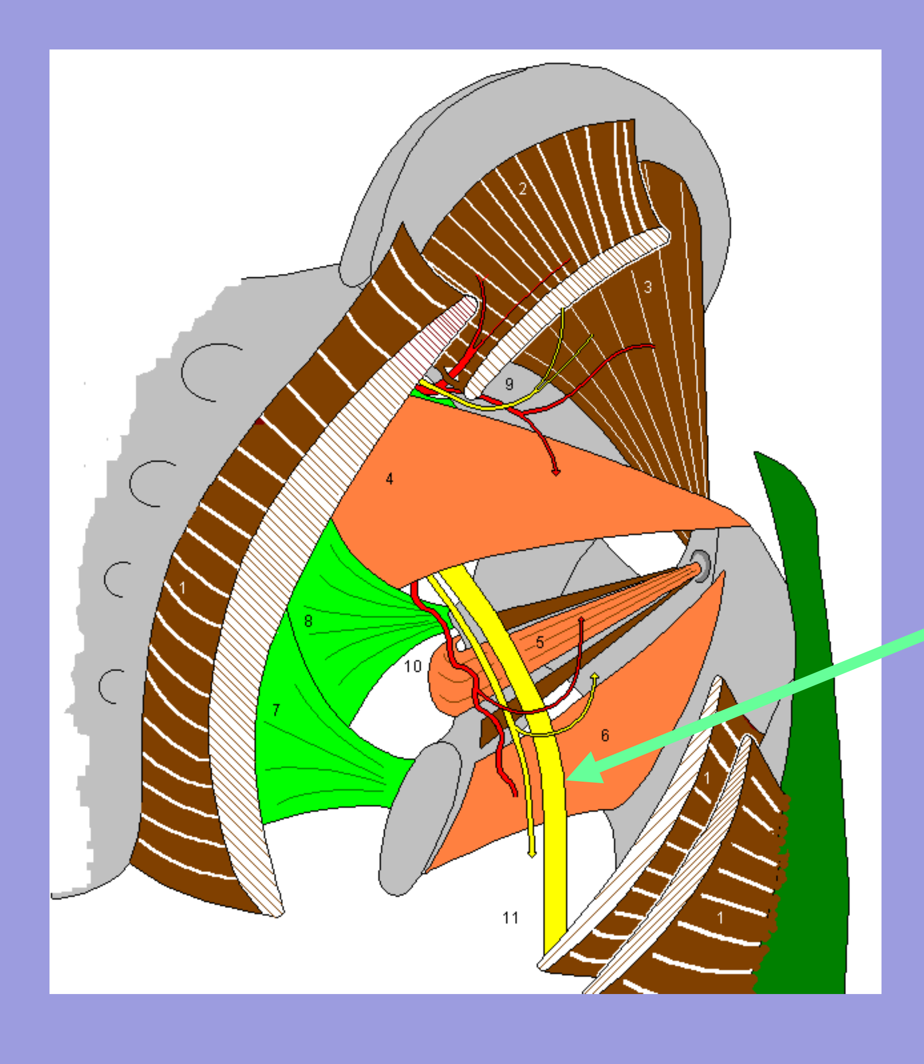
1. Capsule articulaire dédoublée au niveau de la gouttière sus-cotyloïdienne.
2. Bourrelet cotyloïdien.
3. Capsule.
4. Synoviale.
5. Zone de réflexion cervicale de la capsule.
6. Capsule.
7. Bourrelet cotyloïdien formant le ligament transverse

de l'acetabulum.

8. Tente du ligament rond.
9. Ligament rond.
10. Tente du ligament rond.
11. Cavité articulaire.



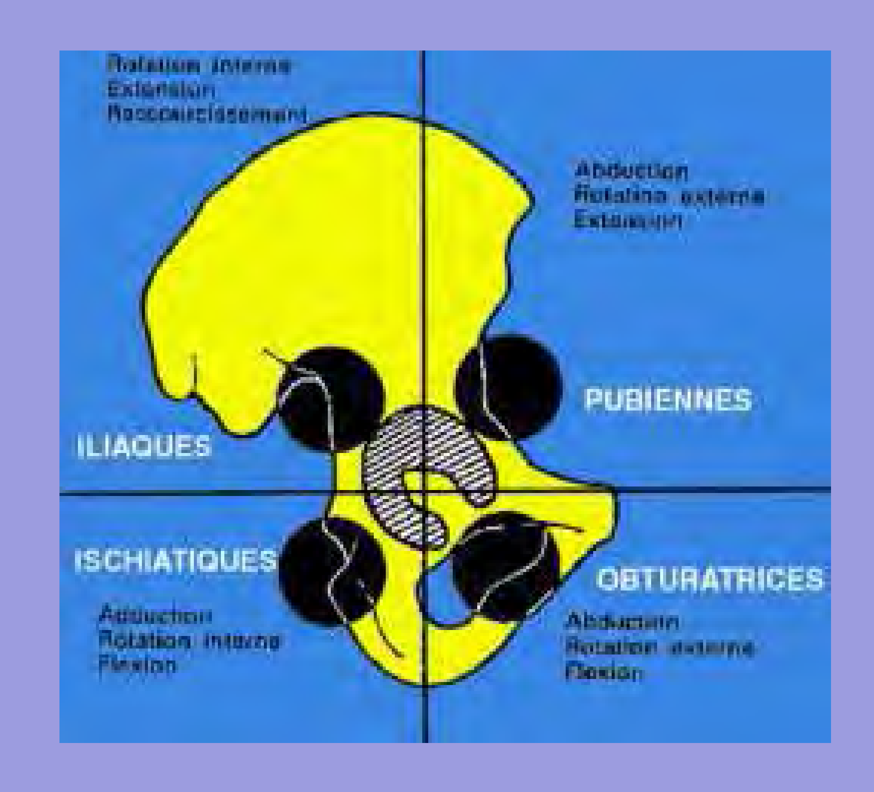
ANATOMIE



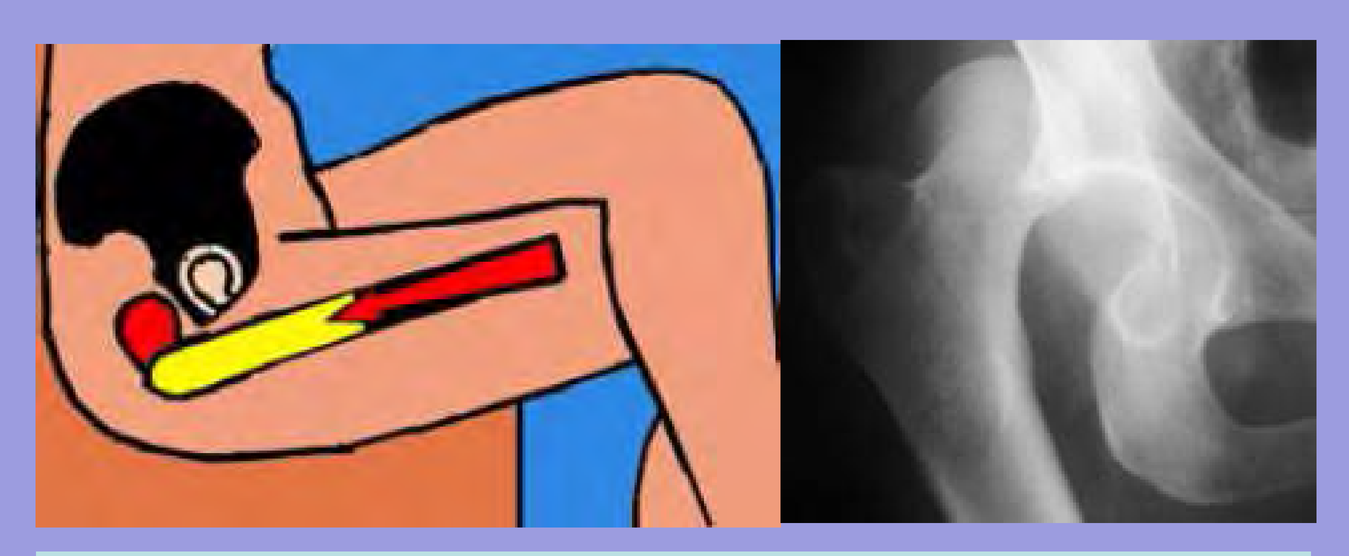
N. SCIATIQUE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE LUXATIONS POSTERIEURES

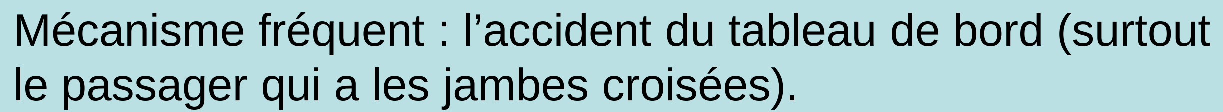
- 75 % des cas sont iliaques ou ischiatiques :
  — La tête fémorale doit franchir le rebord postérieur du cotyle (qui peut se fracturer).
  — Le membre inférieur parait raccourci, en flexion et rotation interne.



ANATOMIE PATHOLOGIQUE LUXATIONS POSTERIEURES







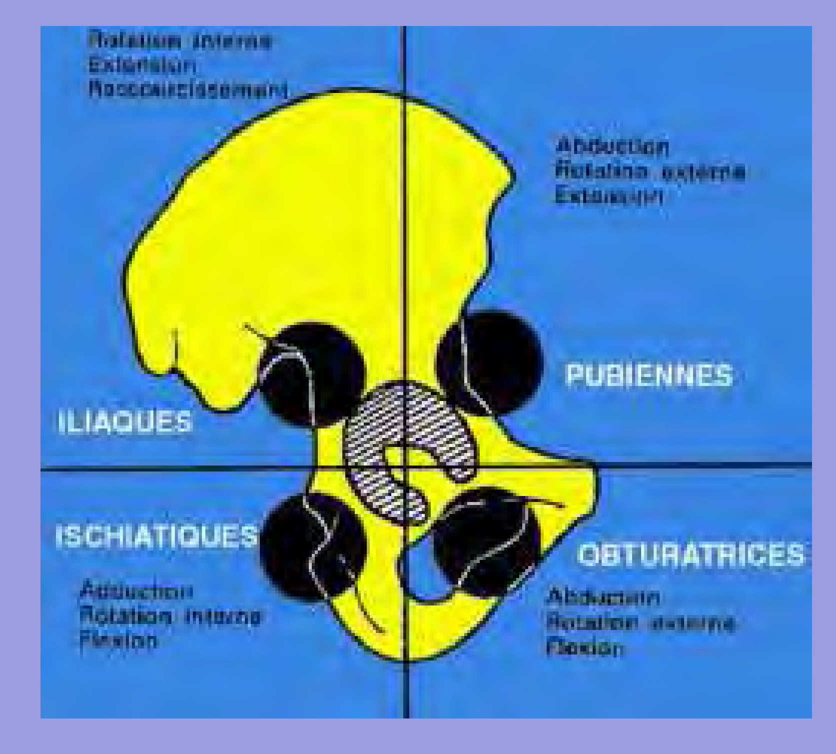
Mécanisme fréquent : l’accident du tableau de bord (surtout le passager qui a les jambes croisées).

Attitude du blessé

ANATOMIE PATHOLOGIQUE LUXATIONS ANTERIEURES

(25 % des cas) sont pubiennes ou obturatrices
Le membre inférieur est en rotation externe flexion et abduction.





LESIONS ASSOCIEES

FREQUENTES.

Fracture du rebord postérieur du cotyle par la tête fémorale :

- Cette fracture est un facteur d'incoercibilité de la réduction
- Nécessite une *ostéosynthèse stable*.

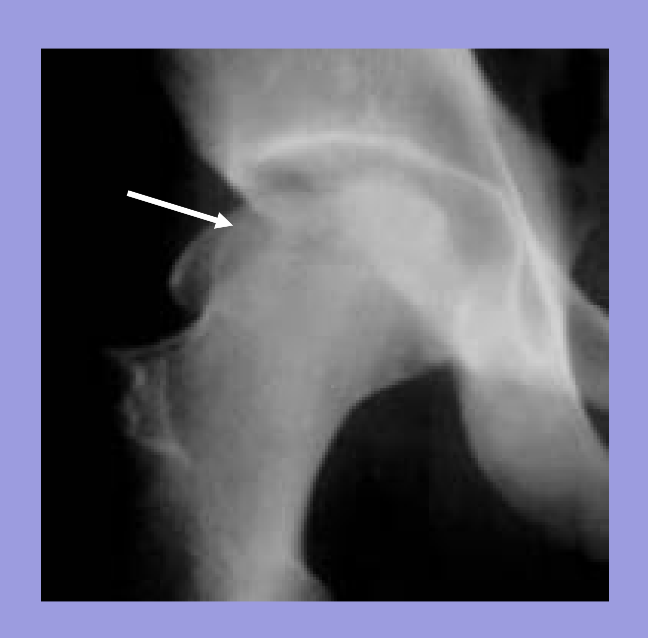


Fracture de tête fémorale :

- Surtout, lors des luxations postérieures.
- La fracture emporte un fragment céphalique en avant, en bas et en dedans.
- Ce fragment est parfois volumineux et attaché au ligament rond.



Classification de PIPKIN (4 STADES)



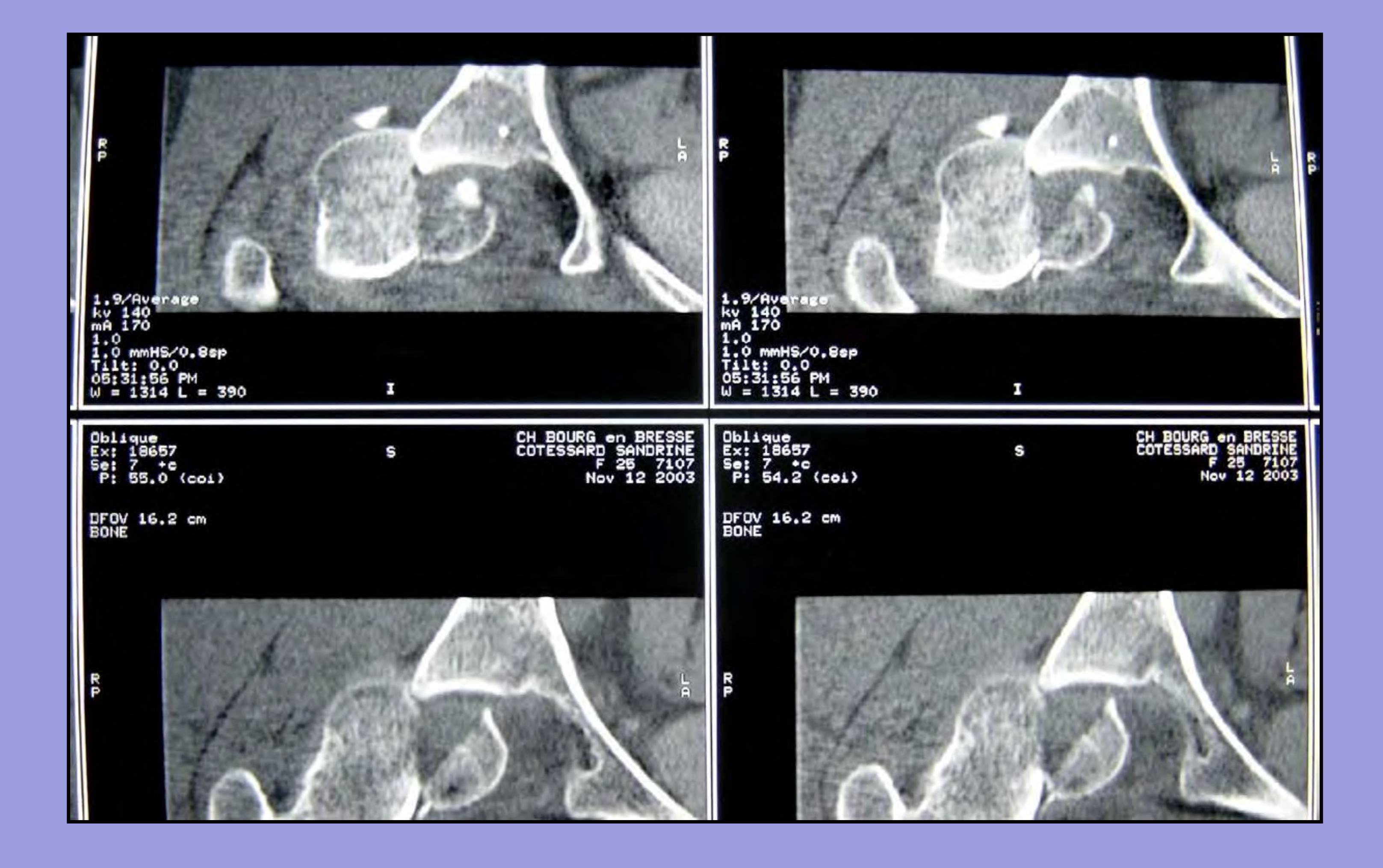
Stade I: petite fracture de la tête fémorale distale P/R à la fovéa

Stade II: grande fracture de la tête femorale distale P/R à la fovéa

Stade III: grande fracture de la tête fémorale proximale P/R à la fovéa

Stade IV: fracture comminutive de la tête femorale

TDM FR de la tête

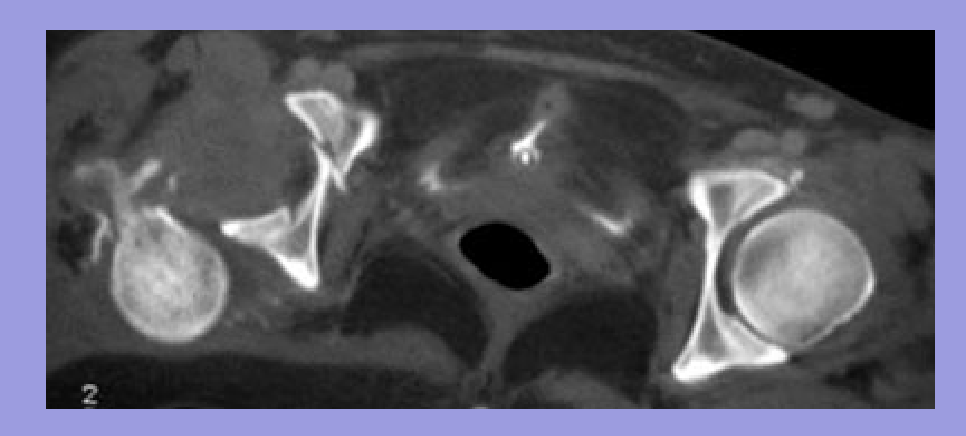


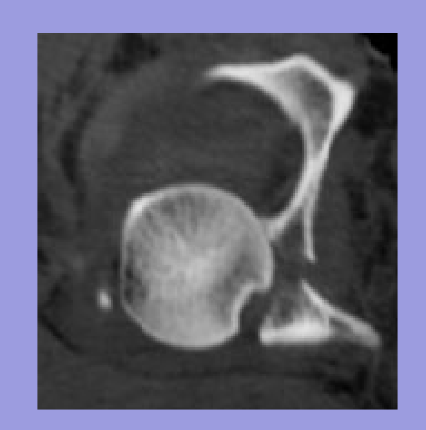
AUTRES

- Le col fémoral peut être fracturé lors des traumatismes du tableau de bord.
- Fracture de la rotule.
- Fractures du fémur.
- *Ruptures du ligament croisé postérieur* qui passe souvent inaperçue dans ce contexte.
- *L'atteinte du tronc du nerf sciatique* survient dans 10 % des cas, par compression directe du tronc du nerf, par la tête fémorale. Elle provoque des paralysies du sciatique poplité externe et du sciatique poplité interne, qui peuvent être dissociées. Ces paralysies récupèrent le plussouvent.

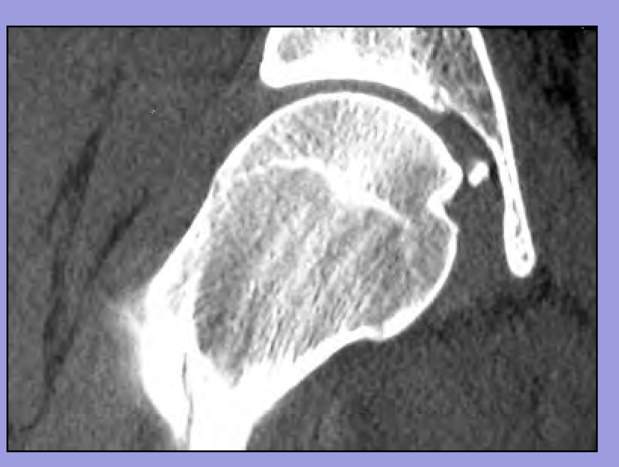
EXAMENS COMPLEMENTAIRES

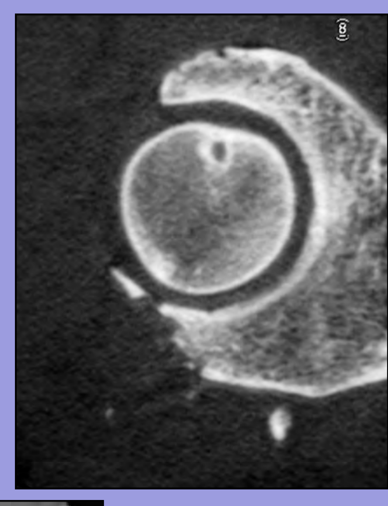
- RX doit permettre de faire un bilan complet des lésions associées et doit être répétée après réduction pour vérifier l'absence d'interposition.
- Le scanner peut montrer avec précision les fractures cotyloïdiennes et céphaliques associées.

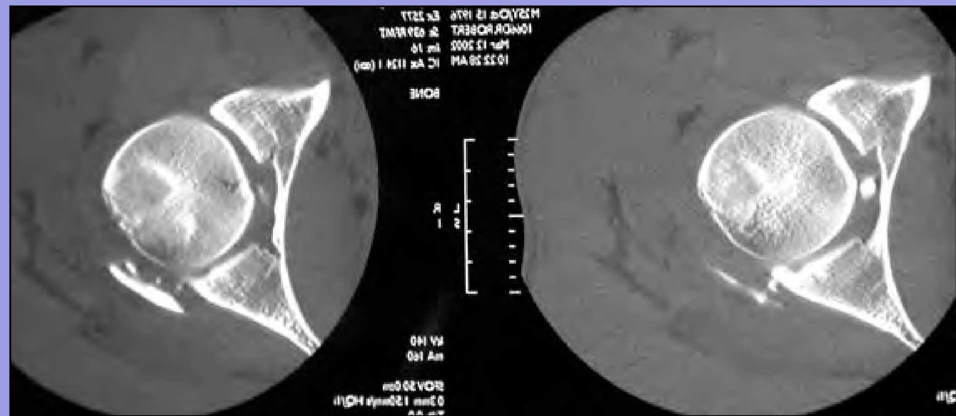




SCANNER





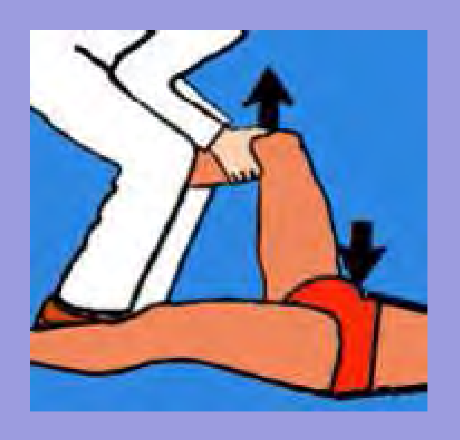


Fragment osseux incarcéré dans l’articulation

TRAITEMENT
Réduction orthopédique
S/AG ------ URGENCE +++

LUXATIONS POSTERIEURES

- Elle se fait en flexion et progressivement.
- La réduction nécessite parfois beaucoup de force.
- Sur un blessé couché, à même le sol, sur un matelas.
- Le genou est fléchi et les mains de l'opérateur prennent appui sur l'extrémité supérieure du tibia, pendant qu'un aide maintient le bassin contre le sol.
- On perçoit un déclic accompagnant la réduction.
- Une radiographie contrôle la réduction.



TRAITEMENT
Réduction orthopédique
S/AG ------ URGENCE +++

LUXATIONS POSTERIEURES

- Après la réduction, *l'appui est interdit* sur le membre pendant 1 à 2 mois, pour diminuer l'incidence d'une *nécrose céphalique*.
- La vitalité de la tête peut être surveillée par *scintigraphie osseuse* ou par l'*IRM*.
- La surveillance de la survenue de la nécrose durera 2 ans.
- On espèrent réduire les risques de complications en installant une traction pendant 4 semaines.
- Le risque de nécrose diminue beaucoup avec la précocité de la réduction. (il est de 10 % des cas mais peut aller jusqu'à 50 % des cas si la réduction attend 24 Heures).

TRAITEMENT

Réduction orthopédique

S/AG ------ URGENCE +++

LUXATIONS ANTERIEURES

Traction en flexion et abduction.

TRAITEMENT
Réduction chirurgicale
URGENCE +++

- Indiquée lorsqu'il n'y a pas de possibilité de réduction orthopédique ou lorsqu'il y a une *fracture associée* à fixer.

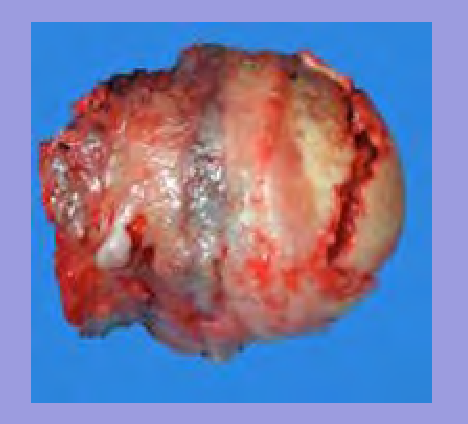
TRAITEMENT
Réduction chirurgicale
URGENCE +++

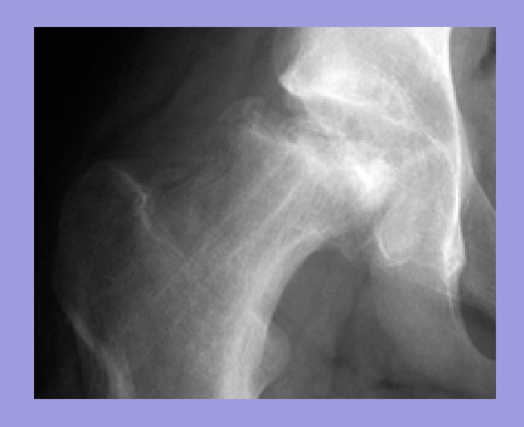
- Lorsqu'il y a une fracture du rebord postérieur du cotyle, l'abord se fait par voie postérieure.
- Lorsqu'il y a une fracture de la tête fémorale, l'abord se fait par voie antérieure.



SUITES

- La vascularisation de la tête fémorale est très précaire et elle est menacée dans les luxations à cause de la lésion de l'artère circonflexe postérieure (artère principale chez l'adulte).
- Le risque vasculaire justifie une réduction en urgence pour limiter l'incidence de la nécrose céphalique secondaire.
- *Le risque de nécrose céphalique est encore plus important après chirurgie*.
- La surveillance de la vascularisation de la tête par scintigraphie osseuse ou par I.R.M est conseillée (ce qui peut faire différer la reprise de l'appui).
- Après la phase de repos, la *rééducation* permettra de diminuer le risque d'enraidissement.





Complications post-opératoires

- Nécrose de la tête fémorale.
- Coxarthrose.
- Ossifications péri-articulaires.